|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DEMANDE D’AFFILIATION | | |
| Société  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Détaillant | Grossiste/Distributeur | Fabricant | Consultant | | | |
| Nom |  |
| Forme juridique |  |
| Adresse |  |
| Numéro TVA |  |
| Tél. général |  |
|  |  |
| E-mail général |  |
|  |  |
| Représentée par | |
| Nom |  |
| Fonction |  |
| Tél. direct |  |
| E-mail direct |  |

(paraphe ici svp)

Ci-après dénommée "l’entreprise", souhaite s’affilier be-sup, la Fédération belge de l’Industrie des compléments alimentaires à partir du  pour une durée indéterminée. L’affiliation se fait pour une période minimum d’un an. La notification de la cessation de l’affiliation doit se faire impérativement **par écrit** avec mention de la raison de cessation, **au plus tard le 30 septembre de l’année précédant l’année où la cessation aura effet**. (Article 7 des [statuts](https://kbopub.economie.fgov.be/kbopub/zoeknummerform.html?lang=fr&nummer=0467908204&actionLu=Zoek) de be-sup). Pour toute notification d’annulation reçue **après cette date**, la cotisation pour l’année suivante restera due.

# Contact be-sup

Nom et coordonnées de la personne qualifiée pour agir au nom de l’entreprise dans ses relations avec be-sup.

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Adresse |  |
| Fonction |  |
| Tél. direct |  |
| Fax direct |  |
| E-mail direct |  |

Fait le       à      .

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Signature |  |